

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1963

THÈSE

1256
N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Alain, Louis, Octave SAINT-CYR

Né le 8 décembre 1936 à Fort-de-France (Martinique)

Externe des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le

1963

INTERET DE LA LIBERATION DU NERF CUBITAL,
DE SA TRANSPOSITION EN AVANT
ET DE L'OUVERTURE DE SA GAINE DANS LES REACTIONS LEPREUSES
A SYMPTOMATOLOGIE NEVRITIQUE MAJEURE.

Président :

M. Lucien LEGER,

Professeur

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1963

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Alain, Louis, Octave SAINT-CYR

Né le 8 décembre 1936 à Fort-de-France (Martinique)

Externe des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le

INTERET DE LA LIBERATION DU NERF CUBITAL,

DE SA TRANSPOSITION EN AVANT

ET DE L'OUVERTURE DE SA GAINÉ DANS LES REACTIONS LEPREUSES

A SYMPTOMATOLOGIE NEVRITIQUE MAJEURE.

Président :

M. Lucien LEGER,

Professeur

EDITIONS A.G.E.M.P. - 8 RUE DANTE - PARIS V°



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulouquet (P.), Mouquin (M.), Olivier (E.), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN LÉON BINET.

Membre de l'Institut

1^{er} ASSESSEUR GASTON CORDIER

2^e ASSESSEUR PAUL CASTAIGNE

I. — PROFESSEURS

1^o CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	{ JAYLE (M.-F.) SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	JOANNON (P.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	N...
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	{ BINET (L.) BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	{ DOGNON (A.) DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale	{ DESGREZ (P.) POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Pharmacologie	LÉVY (M ^{lle} J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2^e CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

MM.

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIÉ (P.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon LORTAT-JACOB (J.-L.)
	Cochin LEGER (L.)
	Cochin ABOULKER (P.)
	Hôtel-Dieu PATEL (J.)
	Pitié CORDIER (G.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	Saint-Antoine GOSSET (J.)
	Salpêtrière SICARD (A.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	Tenon OLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	GAUDART d'ALLAINES (F. de)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	MATHEY (J.)
Clinique gynécologique (Broca)	DECOURT (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	LAMY (M.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	HUGUIER (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	DELAY (J.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	HAMBURGER (J.)
Cliniques médicales	MARCHAL (G.)
	Boucicaut CASTAIGNE (P.)
	Broussais MILLIEZ (P.)
	Cochin LENÈGRE (J.)
	Cochin JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Richat)	Hôtel-Dieu BROUET (G.)
	Lariboisière BARIÉTY (M.)
	Pitié SÈZE (S. de)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	DREYFUS (G.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	KOURILSKY (R.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DEBRAY (C.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GENNES (L. de)
Cliniques obstétricales	DEROT (M.)
	Baudelocque DAVID (M.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	Foch (Suresnes) GARCIN (R.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	LACOMME (M.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	MERGER (R.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	VARANGOT (J.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	RENARD (G.)
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laennec)	AUBRY (M.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	LELONG (M.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	MARIE (J.)
Clinique stomatologique (Pitié)	BERNARD (E.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	MICHAUX (L.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	COSTE (F.)
Clinique toxicologique	DECHAUME (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique	ROUX (M.)
Séméiologie médicale	LEMAIRE (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales	GAULTIER (M.)
Clinique urologique (Necker)	PADOVANI (P.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	DOMART (A.)
	POILLEUX (F.)
	COUVELAIRE (R.)
	TURPIN (R.)

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	{ BOUR (H.)
	{ LHERMITTE (F.)
	{ PEQUIGNOT (H.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAÎTRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.		MM.
Anatomie	CABROL (C.) COUINAUD (G.) GILLOT (C.) OLIVIER (G.) pr. s. ch.	Orthopédie	JUDET (R.) MEARY (R.) POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) pr. s. ch. ABELANET (R.) CHOMETTE (G.) GOUYGOU (Ch.), m. conf. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)	Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.) PIALOUX (P.)
Anesthésiologie	KERN (E.) VOURC'H (G.) BARBIER (P.) pr. s. ch.	Parasitologie	GOLVAN (Y.) LAPIERRE (J.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.) LE MINOR (L.) TOURNIER (P.)	Pathologie chirurgicale	BARGAT (J.) BINET (J.-P.) CERBONNET (G.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GARBAY (M.) GARNIER (H.) (Cl. de) GAUDART-d'ALLAINES GERMAIN (A.) LATASTE (J.) LOYGUE (J.) MERCADIER (M.) NATALI (J.) PELLERIN (D.) PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Biochimie médicale	BAULIEU EL. m. conf. BOURILLON (R.) CARTIER (P.) DREYFUS (J.-Cl.) GONNARD (P.) KRUII (J.) JEROME (H.)	Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	PLAS (F.) BOIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (G.) SELIGMANN (M.)	Pathologie expérimentale	BENHAMOU (J.-P.) BERTHAUX (P.) BOVIN (P.) CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LÉPER (J.) Pr. s. ch. MAURICE (J.) NIKOL (Cl.) RICIIEI (G.)
Carcinologie	CIVATTE (J.) DUPERRAT (B.)		AUSSANNAIRE (M.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISSAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CATINAT (J.) CHÉRIEN (J.) COBLENTZ (B.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) ÉTIENNE (J.-P.) FREZAL (J.) FRITEL (D.) HENNEQUET (A.) HIMBERT (J.) HOUSSET (E.) LAROCHÉ (Cl.) LESOBRE (R.) LEVEQUE (B.) MAGREZ (C.) MOREAU (L.) NICK (J.) ROYER (P.) TOURNEUR (R.) WOLFROMM (R.)
Dermato-Syphiligraphie	LEDoux-LEBARD (G.) BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.) DUHAMEL (G.)		LAFOURCADE (J.) LEPERCQ (G.) MANDE (R.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (G.) ROSSIER (A.) VIALATTE (J.)
Electro-Radiologie	COUWARD (R.), pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)		
Nématologie	BESANÇON (F.) CORNET (A.)		
Histologie	BOYER (J.) pr. s. ch. BLANCHER (G.) CORRE-HURST (Mme L.) SAPIN-JALOUSTRE (H.)		
Hydrologie	BASTIN (R.) Pr. s. ch. DUPONT (V.)		
Hygiène	FOURNIER (E.) GUENIOT (M.) HADENGUE (A.)		
Maladies infectieuses	ALBAHARY (C.) PERTUISSET (B.) LAPRESLE (J.)		
Médecine légale	GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (G.) THOYER-ROZAT (J.) BRÉGEAT (P.) DUBOIS (A.) SARAUX (H.)		
Médecine du travail			
Neuro-chirurgie			
Neurologie			
Obstétrique			
Ophthalmologie			

	MM.
Pharmacologie	BOISSIER (J.) LECHAT (P.) BARRÉS (G.) DEJOURS (P.) pr. s. ch.
Physiologie	DURAND (J.) GIRARD m. conf. HUGELIN (A.) SCHERRER (J.) CHANTEUR (J.) GOUGEROT (L.), m. conf. pr. s. ch.
Physique médicale	GREMY (F.) m. conf. MILHAUD (G.) PELLERIN (P.) ROUCAYROL (J.-Cl) TUBIANA (M.) m. conf.
Pneumo phtisiologie.	KREIS (B.) MEYER (A.) RENAULT (P.)

	MM.
Psychiatrie	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile.	DENIKER (P.) DUCHE (D.) FLAVIGNY (H.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.) pr. s. ch.
Stomatologie	CERNEA (P.) CHAPUT (M ^{me} A.) m. c. agr. GRELLET (M.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.) MARCHE (J.)
Urologie	AUVERT (J.) MOULONGUET (A.) QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.
Anatomie	DEBEYRE (J.)
Clinique chirurgicale	VERNE (J.-M.)
Clinique médicale.	PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)
Clinique obstétricale	GRASSET (J.) MAYER (M.)

	MM.
Clinique ophtalmologique	DESIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique pédiatrique et pué- riculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique.	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie.	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. - CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Secrétaire principal.	Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)
Bibliothécaire	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlle LAURENT (H.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A ma Mère

A mon Père

Grande figure antillaise,
en témoignage d'admira-
tion et de filiale ferveur.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A ma Grand'mère

A mon Grand'père

modèle d'intelligence
et de méthode.

A tous les Miens.

A tous mes Amis.

A mes Maîtres de Stage.

A Monsieur le Professeur Lucien LEGER

Professeur de Clinique Chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris.

Chevalier de la Légion d'Honneur.

Membre de l'Académie de Chirurgie.

Qui nous fait le grand honneur
d'accepter la présidence de
notre thèse.

Qu'il veuille bien trouver ici
l'expression de notre très res-
pectueuse gratitude.

A mes Maîtres d'Externat :

- Monsieur le Professeur P. MOULONGUET
- . Monsieur le Professeur Raymond GARCIN
- . Monsieur le Professeur Agrégé R. LESOBRE
- . Monsieur le Professeur Agrégé A. BOURGUIGNON
- . Monsieur le Professeur Agrégé D. MAHOUDEAU

Qu'ils soient ici remerciés pour
leur enseignement.

INTRODUCTION

Après avoir rappelé la symptomatologie et les conditions d'apparition de la réaction lépreuse, nous constaterons combien est décevant le traitement médical des poussées névritiques.

Nous en exposerons le traitement chirurgical, son fondement et le détail de l'intervention.

Nous verrons les résultats par quelques observations faites sur des malades du Sanatorium Hansénien de l'Hôpital Albert Clarac à Fort-de-France, grâce à l'obligeance du Docteur Maurice MONROSE, Chef du Service que nous tenons à remercier ici.

Ces malades ont été opérés par le Docteur Charles SAINT-CYR, Chirurgien Chef de Service au Centre Hospitalier de Fort-de-France.

Nous concluons à l'effet, à certains égards remarquable, de l'intervention proposée.

LA REACTION LEPREUSE

On avait depuis longtemps décrit ces "phases aiguës" de la lèpre, dont le tableau comprend des phénomènes généraux plus ou moins accentués, une aggravation des symptômes déjà existants et l'apparition de nouvelles lésions. Le traitement en était aléatoire.

Cet état, connu sous le nom de "réaction lépreuse", pouvait éclater sans cause apparente, mais aussi à l'occasion de fatigue ou d'excès divers, aux changements de saison, chez la femme à l'occasion de la grossesse (surtout après l'accouchement), au moment des règles.

Si ces dernières étiologies demeurent des facteurs non négligeables de la réaction lépreuse, celle-ci apparaît actuellement comme une complication du traitement chimiothérapique qui s'il ne la déclenche pas, semble en favoriser l'apparition. Quoiqu'il en soit l'aspect en a été transformé, la gravité diminuée. Mais la fréquence de leur survenue est élevée, malgré les précautions prises : début du traitement par doses faibles, la dose optimale étant progressivement atteinte par paliers.

On ne voit plus dans les lèpres lépromateuses ces états réactionnels subintrants aboutissant à la cachexie et à la mort, parfois dans un tableau asphyxique par atteinte laryngée.

Ces formes sont très sensibles au traitement sulfoné et aux anti-inflammatoires (corticoïdes).

Les épisodes réactionnels actuels survenant au cours du traitement revêtent essentiellement les tableaux suivants évoluant soit isolément soit associés.

L'ERYTHEME NOUEUX DE LA LEPRE.

Complication bien connue chez les lépromateux au cours des cures chimiothérapiques.

Il se manifeste par des poussées thermiques, des arthralgies, des myalgies. Il apparaît une éruption érythémateuse généralisée faite de nouures dermo-hypodermiques de 0,5 à 2 cm de diamètre siégeant sur les faces d'extension des membres, sur la face où elles prédominent, moins fréquemment au niveau du tronc. Parfois coalescentes, formant des plaques, elles sont douloureuses à la pression. Ces lésions sont toujours exemptes de bacilles de Hansen.

L'état général est peu affecté.

Cette complication peut exiger une diminution des doses ou même leur arrêt immédiat et momentané.

Certains cas répondent à un traitement par les antimoniaux injectables. Des résultats spectaculaires et pratiquement constants sont obtenus par les corticoïdes. Un traitement prolongé est parfois nécessaire avec les risques qu'il comporte. D'autres essais thérapeutiques avec anti-histaminiques, chlorpromazine, chloroquine, vitamines K et B₁₂ ont été tentés.

LES REACTIONS TUBERCULOÏDES

Elles se manifestent par l'exacerbation des manifestations cutanées existantes et par la formation soudaine de multiples lésions (macules, papules, nodules). Les macules deviennent alors très saillantes, turgescents, avec tendance à l'ulcération. Les nerfs sont tuméfiés avec parfois formation d'abcès. On constate enfin l'apparition d'un oedème à la face, aux mains et aux pieds. Cet état s'accompagne d'une légère réaction fébrile et dure quelques jours ou semaines. S'il se répète à intervalles rapprochés, il fait craindre la transformation lépromateuse d'une lèpre tuberculoïde.

Ces poussées réagissent bien aux corticoïdes à l'exception des manifestations nerveuses comme nous le verrons plus loin.

LES ORCHITES LEPREUSES, LES IRIDO-CYCLITES,

peuvent émailler les épisodes réactionnels. Elles sont rarement observées à la Martinique. Elles réagissent bien aux corticoïdes par voie générale ou locale (irido-cyclites).

LES MANIFESTATIONS RHINO-LARYNGEES

se voient beaucoup plus rarement depuis le traitement sulfoné auquel elles sont sensibles.

LES NEVRITES AIGUES HANSENIENNES

sont la manifestation qui nous arrêtera plus particulièrement.

Elles ne manquent presque jamais dans la réaction tuberculoïde, surviennent à l'état isolé dans les lèpres lépromateuses ou accompagnent l'érythème noueux.

Elles sont essentiellement douloureuses. Les douleurs sont souvent à type de brûlure, de strictions, parfois intolérables avec paroxysmes nocturnes entraînant l'insomnie. Elles s'accompagnent de paresthésies : fourmillements, picotements, sensation de lourdeur du membre. Elles siègent sur les trajets nerveux. Au membre supérieur, il s'agit dans la presque totalité des cas du Nerf Cubital au bras et surtout au coude, au membre inférieur, presque toujours, du Nerf Sciatique poplitée externe.

Les douleurs sont spontanées ou provoquées par la pression, les moindres mouvements. Elles peuvent rester localisées ou plus souvent irradier.

Au sein de ce tableau douloureux, la symptomatologie objective (atteintes motrices et sensitives) passe inaperçue, d'autant que l'examen est rendu difficile et ses résultats aléatoires en raison des phénomènes hyperalgiques. C'est au décours de l'épisode réactionnel que l'on pourra apprécier le degré de l'aggravation des paralysies et des troubles sensitifs préexistants ou leur installation dans les territoires jusque-là indemnes. Les nerfs sont fortement hypertrophiés dans les territoires atteints. La thérapeutique antalgique (acide acétyl-salicylique, amidopyrine) et anti-névritique (vitamines B₁ et B₆ à hautes doses, strychnine), telles qu'on les donnent habituellement sont décevantes dans ces névrites et restent généralement sans effet. Procaïne par voie locale au niveau des troncs nerveux hyperalgiques, corticoïdes par voie locale et générale permettent d'obtenir des rémissions de la douleur. Mais celles-ci sont courtes et les rechutes sont nom-

breuses. Surtout les paralysies et les troubles sensitifs s'installent et s'accroissent à chaque nouvelle poussée.

On a alors proposé depuis quelques années le traitement chirurgical de ces névrites lépreuses, traitement basé sur la libération du nerf et l'ouverture de sa gaine.

C'est à l'exposé de ce traitement que nous nous attachons maintenant. Nous terminerons par quelques observations qui permettront d'en apprécier les résultats.

oOo

HISTORIQUE .

L'idée de la transposition antérieure du nerf cubital n'est pas neuve . Jean DEBEYRE, faisant l'historique de cette intervention rapporte que ce serait à la fin du siècle dernier que CURTISS, MURPHY, ROUX (de Lausanne) et MOUCHET la réalisèrent sans qu'il soit possible de savoir auquel de ces auteurs il convient d'en attribuer la paternité .

Ces auteurs l'avaient utilisée pour pallier les paralysies cubitales dues au cubitus valgus post-traumatique que les travaux de MOUCHET avaient fait connaître .

Mais c'est ADSON qui, en 1918, donna à l'intervention son efficacité en reposant le nerf cubital sur un lit musculaire creusé dans la masse des épitrochléens . Les auteurs précédents le plaçaient sous la peau .

ABERDEN (Australie) et GRAMBERG (Indonésie) rapportent des cas de libération du nerf cubital dans la lèpre en 1955 . Ce dernier auteur dit que son premier cas remonte à 1938 . L'idée lui en était venue à la suite de la lecture d'un article de LOWE dans l'International Journal of Leprosy sur l'amélioration de l'atteinte nerveuse dans une lèpre tuberculoïde après incision d'un abcès nerveux .

BOURREL reprend la neurolyse en 1960, chez les lépreux de l'Institut Marchoux à Bamako .

En 1960 à l'United States Public Health Hospital à Carville (Louisiane) RIORDAN de la Nouvelle-Orléans pratique couramment l'ouverture et la transposition en avant du nerf cubital dans les névrites lépreuses .

Les premières opérations pratiquées à la Martinique l'ont été par Charles SAINT-CYR à l'Hôpital Albert Clarac de Fort-de-France au retour d'un stage de perfectionnement orga-

ganisé par l'O.M.S. à New-York, Carville, Guadalajara (Jalisco, Mexique) et le Centro Dermatologico Pascua du Professeur Latapi à Mexico, où il pratique sa première intervention sur un malade dont le nerf cubital était du volume du petit doigt. Ce malade souffrait atrocement, aucune drogue n'avait encore pu le calmer et il voulait se suicider.

Les interventions furent ensuite pratiquées régulièrement au Sanatorium Hansénien de l'Hôpital Clarac.

POURQUOI PRATIQUER CETTE INTERVENTION

DANS LA LÈPRE ?

Les raisons Anatomo-Pathologiques.

Microscopiquement la névrite de la lèpre lépromateuse est caractérisée par un épaississement du périnèvre qui s'accroît progressivement donnant l'apparence sur une coupe transversale d'un nerf élargi. En raison de la sclérose, le nerf devient épais, raide, "comme une corde". Les bacilles et les cellules de Wirchow sont très nombreux.

C'est l'importance de l'infiltrat inflammatoire qui domine dans la lèpre tuberculoïde. Si, au début de l'affection, l'architecture est conservée, dans les lésions avancées, où les nerfs sont très épaissis, elle est déformée par un infiltrat pseudo-sarcoïdique avec présence de follicules de cellules épithélioïdes. La nécrose caséuse qui parfois conduit à la formation d'abcès intra-nerveux, se voit souvent dans les lésions nerveuses tuberculoïdes, par contraste avec les lésions cutanées dans lesquelles ce processus est plutôt rare. Les bacilles sont parfois retrouvés dans les lésions nerveuses bien plus facilement que dans les lésions cutanées.

D'autre part, dans les régions où les incessantes irritations traumatiques amènent une inflammation de la tunique externe, on trouve une infiltration de cellules rondes autour des vaisseaux et de nombreux mastocytes. Un épais manchon et de nombreuses cloisons de tissu fibreux se développent. On peut également voir dans les névrites hanséniennes des dépôts calcaires.

Toutes ces lésions aboutissent à la compression des fibres nerveuses et à leur destruction, que cette compression soit intra-neurale comme dans la lèpre tuberculoïde ou qu'elle

soit épineurale, périneurale comme dans la lèpre lépromateuse.

En effet nous dit GRAMBERG : "J'ai constaté quelquefois des strictions du nerf causées par des cicatrices dures, "comme du bois", encerclant habituellement le nerf et qui sont le résultat final de l'inflammation antérieure de la gaine, généralement d'origine lépromateuse. Cette compression qui n'est pas toujours nécessairement présente dans toutes les augmentations de volume du nerf ne cause pas seulement des paresthésies insupportables et des douleurs spontanées extrêmement vives ou de l'hyperthésie qui existe parfois, mais pourra surtout être la cause d'une paralysie progressive des muscles innervés par les nerfs atteints".

En outre, la compression est accentuée lorsque le nerf, gonflé par l'oedème inflammatoire passe dans un canal ostéo-fibreux inextensible (dans le cas qui nous occupe particulièrement le canal épitrochléo-olécrânien).

Il était logique donc d'envisager :

1° / De lever la compression ostéo-ligamentaire :
c'est la raison de la transplantation antérieure du nerf cubital.

2° / De lever la compression par la gaine épaissie et enflammée : c'est ce qui est tenté par la décapsulation ou neurolyse (GRAMBERG, BOURREL), soit par l'ouverture pure et simple du nerf en bivalve comme le pratique RIORDAN et comme il a été pratiqué dans toutes les observations rapportées.

Mais la compression n'est pas le seul mécanisme à jouer car elle n'explique pas la douleur : la compression d'un nerf par un cal exhubérant par exemple ne donne pas naissance à la douleur comme on pourrait le croire "a priori". Les troubles moteurs prédominent sur les troubles sensitifs.

Les troubles de la vascularisation du nerf ne jouent-ils pas un rôle dans la formation de la douleur et ne faut-il pas craindre de les accentuer lors de la libération et de la transposition du nerf en avant ? René LERICHE dans sa "Chirurgie de la douleur" constate : "Nous sommes mal renseignés sur le fonctionnement de l'appareil artério-veineux des nerfs. Nous savons qu'il assure la nutrition du nerf, que celui-ci est sensible aux variations physico-chimiques du sang, que la chronaxie diminue quand on réduit la circulation d'un membre, comme elle diminue dans l'excitation du sympathique. Par contre, nous ignorons quel est le seuil de la vascularisation normale nécessaire à la bonne

conduction par le nerf, à son équilibre fonctionnel. "Les connaissances progressent très lentement sur ce sujet. Il est probable qu'un trouble fonctionnel de la conduction peut résulter de légers déséquilibres vasculaires répétés. Il est d'autre part certain qu'expérimentalement un nerf supporte très mal les phénomènes d'ischémie.

Toutes ces raisons devaient-elles contraindre la libération du nerf ?

Les menus traumatismes répétés qu'inflige au cubital dans les mouvements du coude une modification de l'architecture osseuse produisent de la paralysie plus que de la douleur et d'habitude les paralysies apparaissent les premières, avant les douleurs qui ne sont jamais très marquées. Dans ce cas il suffit de libérer et de déplacer le nerf cubital qu'on trouve gros, oedématisé, congestionné, pour que les paralysies rétrocedent si leur installation n'est pas trop ancienne. LERICHE a vu une récupération totale des mouvements et il conclut : "On peut donc aujourd'hui en toute tranquillité faire des libérations étendues de nerfs, à la suite de SEDDON".

LES NERFS ATTEINTS DANS LA LEPRE.

D'une façon générale les nerfs sont atteints sur une partie de leur trajet relativement superficielle et située en amont d'un passage ostéo-ligamentaire inextensible.

Ce sont par ordre de fréquence :

1°/Au membre supérieur.

a) Le nerf cubital, qui passe par l'étroit tunnel ostéo-fibreux rétro-épitrochléen.

b) Le nerf médian, qui n'est touché qu'à hauteur du canal carpien, lui aussi inextensible.

c) Le nerf radial, ne présente de lésions qu'après qu'il a contourné l'humérus contre lequel il est accolé et qu'il a franchi le défilé humérus-aponévrose du vaste externe.

2°/Au membre inférieur

a) Le nerf Sciatique Poplité externe n'est lésé qu'au niveau du col du péroné qu'il contourne et contre lequel il est plaqué,

ayant perforé l'aponévrose qui sépare soléaire et long péronier latéral.

b) Le nerf tibial antérieur doit lui aussi franchir un orifice fibreux inextensible au niveau de la cloison intermusculaire antérieure.

Ainsi donc dans la lèpre sont réunies les conditions favorisantes de LÉRICHE. L'atteinte par le bacille de Hansen de ces nerfs se manifeste par des abcès intra-nerveux, des renflements, de la congestion, de la stase sanguine et de l'ischémie par étranglement des vaisseaux nourriciers et sclérose du périnèvre et de la gaine conjonctive atrophiant les fibres nerveuses.

En conclusion, données anatomo-pathologiques, constatations physico-pathologiques, considérations d'anatomie topographique militaient pour la transplantation antérieure du nerf cubital, après sa libération et incision de sa gaine dans la névrite hansénienne.

Nous verrons comment les essais cliniques sont venus confirmer ces données en particulier dans le cas de malades en réaction lépreuse à symptomatologie névritique dominante, cas où jusqu'à présent les possibilités thérapeutiques étaient médiocres.

L'INTERVENTION

Les cinq malades opérés dont nous rapportons les observations ont subi l'intervention type qui est la suivante :

Anesthésie Générale au penthothal-starter puis continuée par protoxyde d'azote et oxygène à la demande fluothane pour les deux dernières.

Pour le garrot, l'attitude est eccléctique : quand cela est possible, on utilise un garrot pneumatique après bande d'Es-march. Il faut, après avoir vidé le garrot, faire une hémostase soigneuse. Mais bien souvent l'hypertrophie nerveuse remonte très haut vers l'aisselle et il est impossible de placer le garrot. L'intervention est alors allongée.

Intervention proprement dite.

Position de l'opéré.

L'opéré repose sur le dos, le bras en abduction et rotation externe forcée, l'avant-bras en supination. L'opérateur se tient en dedans du bras, l'aide en dehors.

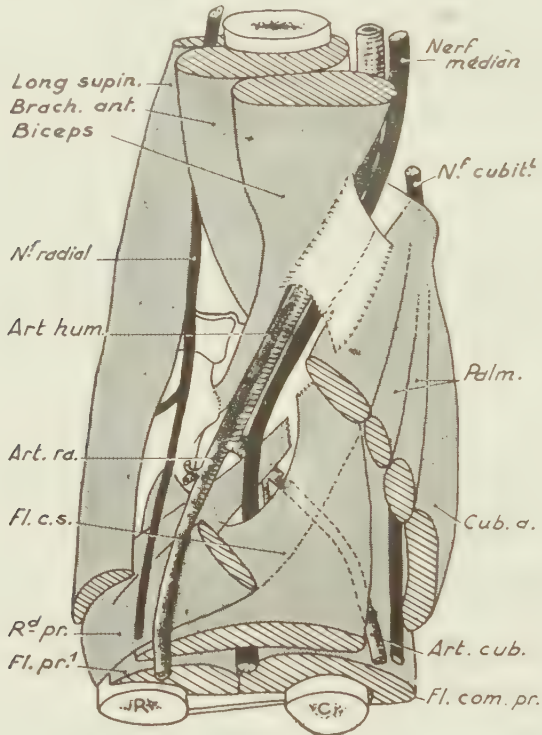


Fig. 37 - Vaisseaux et nerfs du pli du coude.

D'après SARROSTE
CARRILLON et SARLIN.

Incision, curviligne à concavité interne partant du renflement supérieur, allant jusqu'à trois centimètres en-dessous de l'épitrachée, passant en avant de lui. Cette incision peut, à la demande être élargie vers le haut ou vers le bas.

Le nerf repéré, l'aponévrose est incisée. Le nerf est dégagé en partant de l'épitrachée, en remontant vers la racine du membre. Vers le bas, la gouttière épitrachéo-olécrânienne est ouverte.

Au cours de ce décollement, on veille soigneusement au respect de la vascularisation du nerf, notamment des récurrentes cubitales postérieures, de la branche postérieure de la collatérale interne et inférieure de l'humérale. Les anastomoses en T qui le croisent sont liées.

Le nerf est alors ouvert sur toute la partie anormale, augmentée de volume, en respectant autant que faire se peut, les collatérales articulaires (qu'on est la plupart du temps obligé de couper) et le nerf supérieur du cubital antérieur.

On prépare le lit musculaire en repérant chaque chef des épitrochléens. Leur réparation de la sorte sera grandement facilitée.

Le nerf est transposé. Suture musculaire en avant de lui.

Réparation de l'aponévrose. Suture de la peau au fil de lin.

Immobilisation d'une quinzaine de jours, soit par plâtre léger (assez mal supporté par les malades), soit plus simplement par gouttière métallique. L'avant-bras est en demi-flexion en position de relâchement des fléchisseurs.

Suites opératoires.

Il n'a pas été observé d'incidents dans la série de cas étudiés. GRAMBERG a observé des hématomes. Il pense que l'immobilisation post-opératoire avait été insuffisante.

Tous les auteurs ne procèdent pas de cette façon. GRAMBERG, BOURREL, pratiquent la neurolyse (ou décapsulation nerveuse).

Il semble que l'ouverture du nerf en bivalve (à la manière de Fredet dans l'hypertrophie du pylore), comme le fait RIORDAN et à sa suite Charles SAINT-CYR, semble façon de faire plus physiologique, car respectant l'irrigation du nerf (et nous avons vu l'importance qu'y attachait LERICHE).

L'Anesthésie Générale étant donnée ses risques minimes actuels a été la méthode désormais employée, un essai d'anesthésie tronculaire (creux sous-claviculaire) n'ayant pas été concluant : le tiraillement sur le nerf lors de sa libération et de sa mobilisation a provoqué une sensation de brûlure et on dû continuer à l'anesthésie générale.

Gramberg utilise l'anesthésie locale et n'emploie pas de garrot.

OBSERVATIONS

Observation n° 1.

M. Daniel

né en 1944 - Forme tuberculoïde polynévritique

La fiche d'observation porte "Début de griffe cubitale gauche avec gros nerf cubital correspondant. Douleurs assez importantes au niveau du trajet nerveux".

C'était en avril 1960, au retour du Docteur Charles Saint-Cyr du Stage de l'O. M. S. On a pensé que c'était l'indication-type de l'intervention sur le cubital.

Opéré le 24.4.60 : "Libération du nerf cubital gauche jusqu'au quart supérieur du bras et au coude. Cubital gros comme un crayon. Ouverture en bivalve antérieure. Biopsie à la partie moyenne du bras. Lin sur la peau".

Compte-rendu histologique 13.5.60 (I. P. Paris)

"Il n'existe aucun reliquat nerveux dans le prélèvement (nerf cubital) qui est tout entier formé de tissus inflammatoires tuberculoïdes : vastes nappes de cellules épithéloïdes avec nombreuses cellules géantes subissant une ébauche de nécrose caséuse centrale.

C'est l'image classique de la névrite lépreuse tuberculoïde.

Au Ziehl, il n'a pas été vu de Bacille de Hansen (examen rapide qui sera ultérieurement repris)".

Les douleurs ont rapidement cessé après l'opération et la griffe a cessé d'évoluer.

Actuellement, le malade âgé de 12 ans est dans un excellent état. Il ne se souvient même plus avoir jamais souffert (l'opération remonte maintenant à trois ans).

Il demeure une légère griffe à peine marquée avec diminution de la sensibilité à tous les modes au niveau des 4eme et 5eme doigts, une atrophie des éminences thénar et surtout hypothénar. Il n'existe aucun trouble trophique au niveau de la peau et des phanères.

Il n'existe aucune douleur à la pression du cubital au niveau de la cicatrice.

Ce résultat est vraiment remarquable. Il est indéniable que l'intervention, sous couvert du traitement spécifique, a non seulement supprimé les douleurs mais enrayé l'évolution défavorable des paralysies et des troubles trophiques qu'aurait pu faire craindre l'atteinte importante du nerf révélée à l'histologie.

Observation n° 2.

CH..... Angélo
né en 1911 tuberculoïde polynévritique.

A son entrée le 7.1.61. Mal perforant plantaire droit et nombreuses macules hyperhémiques du thorax, de la face et des bras. Gros nerf cubital gauche, douloureux à la pression. Il existe quelquefois des douleurs spontanées mais elles sont très supportables.

Traité par DDS

Opéré le 31.1.61. Compte-rendu opératoire : "Gros nerf cubital gauche (crayon). Anesthésie dans le territoire. Pas encore de griffe ni d'atrophie musculaire.

Circuit fermé. Anesthésie Docteur Barbe ; Aide Bertrac.

Incision arciforme à concavité externe de 8 cm de long, sus et sous-épitrochléenne. Libération du nerf sur toute la partie augmentée de volume. Ligature de l'artériole l'accompagnant. Ouverture en bivalve du nerf. Biopsie. Section des muscles épitrochléens. Le nerf est passé en dessous d'eux en avant de l'épitrochlée. Suture musculaire au-dessus du nerf. Peau au fil de lin. Garrot 45 minutes".

Les suites opératoires sont excellentes.

Compte-rendu histologique (8.2.61)

Lépreux nerveux. La gaine nerveuse examinée présente une importante infiltration nodulaire de nature spécifique. Le processus inflammatoire envahit et détruit les filets nerveux périphériques isolés dans son développement. Le processus inflammatoire est constitué par des histiocytes et des cellules épitélioides associées à des lymphocytes. Par place, on distingue quelques éléments polygonaux groupés à cytoplasme finement

vacuolaire, entourés d'une couronne lymphocytaire. Les réactions histochimiques montrent la présence de très nombreux bacilles acido-résistants isolés ou groupés dans les cellules histiocytaires. On ne trouve pas dans le prélèvement de zone de nécrose caséuse ou abcédée. (Docteur Girard).

17. 5. 61 (Institut Pasteur de Paris)

Les lésions cutanées sont ici typiquement tuberculoïdes, toute une série de petits nodules épithélioïdes et giganto-cellulaires réalisent une papule du corps papillaire.

Ziehl : Absence de Bacille de Hansen.

La positivité signalée dans le nerf n'a rien d'extraordinaire, elle est classique dans ces névrites tuberculoïdes caséifiées.

Actuellement le malade présente quelques rares douleurs mais le cubital est absolument insensible à la palpation. La force musculaire est intacte dans le territoire du cubital. Il n'existe aucune amyotrophie. Seuls les troubles sensitifs gênent le malade : Anesthésie cubitale débordant sur le territoire du brachial cutané interne à l'avant-bras remontant jusqu'au coude. Hypoesthésie dans le territoire du médian à la main, du radial à la main et à l'avant-bras, du musculo-cutané à l'avant-bras.

Il est incontestable dans ce cas que l'intervention a nettement arrêté l'évolution défavorable de l'atteinte nerveuse particulièrement nette ici (Cf Compte-rendu histologique). Les troubles moteurs n'ont pas eu le temps d'apparaître. Les troubles sensitifs existaient déjà au niveau du cubital et se sont étendus aux nerfs non concernés par l'opération (Brachial cutané interne, médian, radial, musculo-cutané) donnant une anesthésie en gant remontant jusqu'au coude. C'est un excellent résultat fonctionnel car si le malade est gêné dans les mouvements fins de la main, il exerce parfaitement les métiers de force et est employé comme manoeuvre dans différents travaux à l'intérieur de l'hôpital.

Observation n° 3.

PL..... Gilbert

né en 1940, classé comme lépromateux maculaire (mucus nasal négatif, sérosité dermique positive).

Lors de sa première hospitalisation en mai 1958, on notait : "Début sept ans auparavant. Actuellement vastes lépromes des régions dorso-lombaire droite et dorsale gauche. Vaste lésion occupant la presque totalité de l'épaule droite.

Traité par DDS jusqu'à la dose de 100 mg par jour parfaitement supportée. Nette amélioration de l'état général et local mais on signale un début de griffe cubitale avec amyotrophie des éminences thénar et hypothénar. Sort le 8 mars 1960.

Suivi régulièrement au Dispensaire Marchoux.

La sérosité dermique ne contenait plus de bacilles dès cette époque.

Hospitalisé à nouveau dans le service de Léprologie de l'Hôpital Albert Clarac de Fort-de-France le 15 juillet 1960 pour état de réaction lépreuse par des douleurs généralisées d'une grande intensité au niveau des membres supérieurs droit et gauche. Griffe cubitale de plus en plus marquée.

Traité par DDS sans qu'on puisse dépasser la dose de 25 mg par jour. Devant l'intensité de la réaction, on passe à Pasiniazide deux comprimés par jour, puis Thio-semicarbazone enfin Ciba 1906. Exeat le 6 octobre 1960.

Entre à nouveau le 25 février 1961 pour "réaction lépreuse généralisée avec violentes douleurs du bras droit, moins marquées au niveau du bras gauche et de la jambe gauche.

Traité par Prednisone 20 mg par jour, Sulfaméthoxypyridazine 1,50 g par jour puis Triamcinolone 12 mg/jour, DDS sans pouvoir dépasser la dose de 25 mg.

La poussée est réduite à l'exception des douleurs qui demeurent intenses avec des alternances de mieux et de rechutes.

22 août 1961. Plasties tendineuses au niveau de la main pour compenser la paralysie des interosseux et des lombricaux des 3e, 4e et 5e doigts et de l'opposant du pouce droit.

20 mars 1962. Libération du cubital droit : "Incision du nerf cubital droit qui est de la grosseur d'un crayon. L'augmentation de volume remonte à l'aisselle. Transposition sous les épitrochléens après ouverture en bivalve ; biopsie ; reconstitution musculaire et avant. Suture de l'aponévrose. Peau au lin".

Les douleurs ont immédiatement cessé dès la fin des suites opératoires.

Actuellement aucune douleur séquelle au membre supérieur droit. Vaste atteinte sensitive de toute la main. Récupération motrice. Ebauche de griffe au niveau du 4eme doigt (assez marquée) et du 5e doigt (moins nette). Surtout le malade est très satisfait du résultat obtenu qu'il compare avec le membre opposé où persistent des douleurs et surtout une atteinte motrice qui va s'accroissant. Le malade réclame d'ailleurs l'intervention du côté gauche.

Ce cas nous montre une nette influence sur les douleurs et un arrêt et même une régression des paralysies du côté opéré alors que ces dernières continuent à s'étendre de même que douleurs et troubles sensitifs de l'autre côté.

Observation n° 4.

C André

né en 1931 Lépromateux polynévritique
(sérosité dermique et mucus nasal positifs)

Novembre 1961 : Nombreux lépromes de la face et du corps. Troubles trophiques avancés des membres supérieurs mains boudinées et griffes cubitales bilatérales.

14.3.62 : Nerfs cubitaux énormes.

28.6.62 : Réaction lépromateuse traitée par Prednisone 20 mg/jour.

Exéaté le 24 septembre 1962 par mesure disciplinaire.

5.12.62 : Revient en état de réaction lépreuse. Les douleurs sont particulièrement intenses.

Traité par les Corticoïdes, Cimédone, puis DDS 50, 80 enfin 100 mg/jour.

La poussée a régressé sous traitement mais les douleurs n'ont pas entièrement disparu.

24.9.63 : Nouvelle exacerbation des douleurs névritiques : traitement corticoïdes, pasiniazide.

14.11.63 : Douleurs sur le trajet des nerfs cubitaux particulièrement marquées à gauche.

A l'examen : Hypoesthésie voire anesthésie du territoire du cubital à droite.

Hyperesthésie en gant à gauche.

Au point de vue moteur on note à droite une légère diminution de l'éminence thénar ainsi qu'une diminution de la force musculaire au niveau des interosseux (extension des dernières

phalanges et rapprochement des 4 derniers doigts surtout).

A gauche Ebauche de griffe des 4e et 5e doigt. Atteinte des interosseux des muscles de l'éminence thénar et hypothénar (main de singe)

Opéré le 23.11.63.

Opérateur Docteur Charles SAINT-CYR. Anesthésiste :
Docteur BARBE. Aide : Docteur PONSAR.

Incision interne arciforme à concavité postérieure partant de quatre travers de doigts au-dessous de l'aisselle pour se terminer à quatre travers de doigts au-dessous de l'épitrachée. La peau est réclinée en dedans. Incision de l'aponévrose au bras en zone saine. Libération du nerf cubital de proche en proche jusqu'au canal épitrachéo-olécrânien. Le nerf est du volume du pouce. Le périmèvre est très hyperhémie. Incision du périmèvre. Libération difficile : adhérences serrées à la cloison intermusculaire interne. Libération au-delà du canal épitrachéen à l'avant-bras. Ouverture du canal. Section des deux petites branches artérielles. Section du muscle rond pronateur et des palmaires à deux travers de doigt au-dessous de leurs insertions épitrachéennes. Ouverture du nerf entre les deux zones saines. Passage du nerf dans le nouveau lit entre les fléchisseurs en arrière et les épitrachéens en avant. Sutures des muscles par points en X. Fermeture de l'aponévrose. Peau, suture au lin. Gouttière.

Si nous avons rapporté cette observation bien que très récente (comme la suivante d'ailleurs), c'est d'une part pour ses résultats : dès le troisième jour après l'opération le malade ne souffrait plus de son bras gauche. Ce cas prouve en outre la nécessité de la libération : ce cubital absolument monstrueux (gros-seur du pouce) adhérait fortement à la cloison intermusculaire interne. Chaque mouvement du bras provoquait naturellement étirements et douleur et surtout entretenait l'inflammation. Le malade réclame déjà l'opération pour l'autre bras.

Observation n° 5.

VE..... Patrice,
né en 1931 (Classé comme Lépromateux
polynévritique, sérosité dermique et mucus nasal négatifs).

Dépisté le 3 mars 1960. Lèpre tuberculoïde polynévritique (oo). Du côté cutané, lésions très peu apparentes sur des jambes ichtyosiques. On devine cependant plus qu'on ne voit vraiment des zones achromiques à bords franchement délimités. Du côté neural : les lésions sont plus nettes, gros cubitiaux avec troubles marqués de la sensibilité. Ces troubles de la sensibilité se retrouvent au membre inférieur, surtout à droite.

Traitement par DDS bien supporté (dose maximale atteinte 100 mg).

Sort en décembre 62 et suivi au dispensaire Marchoux.

Traitement non suivi : transformation lépromateuse (petits nodules auriculaires). Nouvelle hospitalisation au Sanatorium Hansénien de l'Hôpital Clarac, le 13 juin 1963.

Traité par DDS (trois cures) et pasiniazide.

19 novembre 1963 : Réaction névritique hyperalgique surtout marquée au niveau des deux nerfs cubitiaux en particulier du côté droit. La palpation révèle des nerfs très tuméfiés, douloureux, la douleur devenant exquise à hauteur du coude droit.

Traité par Rodinolone 4 comprimés par jour sans amélioration.

On décide l'intervention faite le 23 novembre 1963.

Compte-rendu opératoire : Anesthésie Dr BARBE ;
Aide Dr PONSAR.

"Incision interne arciforme à concavité postérieure partant de cinq travers de doigts au-dessous de l'aisselle et se terminant au-dessous de l'épitrachée après avoir passé en avant de lui. La peau est réclinée en dedans. Incision de l'aponévrose au bras en zone saine. Libération du nerf cubital de proche en proche jusqu'au canal épitrachéen. Le nerf est du volume d'un gros crayon. Le périmètre est hyperhémie. Libération facile après incision du périmètre. Ouverture du canal épitrachéen à l'avant-bras. Section des deux petites branches articulaires. Section des muscles rond pronateur, palmaires et cubital antérieur à deux travers de doigt en-dessous de leurs insertions épitrachéennes. Ouverture du nerf entre les deux parties saines. Reposition du nerf sur le fléchisseur en arrière. Suture des épitrachéens par points en X sur chaque chef musculaire. Fermeture de l'aponévrose. Suture de la peau au lin. Gouttière.

Dans les suites, on note un léger oedème du bras cédant à l'immobilisation stricte et à l'alpha-chymo-trypsine intramusculaire.

Les douleurs s'estompent du côté opéré dès le quatrième jour alors qu'elles persistent par ailleurs. La douleur exquise avait disparu dès le lendemain et on pouvait, sans crainte, réveiller une quelconque douleur, palper la cicatrice.

Il est évidemment trop tôt pour juger de l'effet sur les paralysies et les troubles objectifs, mais ce cas montre le remarquable effet de l'opération sur les douleurs névritiques aiguës survenant chez le hansénien.

Nous avons résumé dans un tableau le résultat sur les différents symptômes de l'opération proposée.

(Voir page suivante).

Malades	Opération			Résultat de l'opération					
	Année	Type de Lèpre	Atteinte	Douleurs		Paralysies		Paresthésies	
				Avant	Après	Avant	Après	Avant	Après
M... Daniel Obs. n° 1	1960	Tp (00)	Cubital G	++	0	+	+	0	0
Ch... Anjelo Obs. n° 2	1961	Tp (00)	Cubital G	+	0	0	0	0	0
Pl... Gilbert Obs. n° 3	1962	Lm (0+)	Cubital D	+++	0	++	+	0	0
Ca... André Obs. n° 4	1963	Lp (++)	Cubital D	+++	0	++	++	++	+
Ve... Patrice Obs. n° 5	1963	Lp (00)	Cubital D	+++	+	+	+	0	0

CONCLUSIONS

Dans cette étude nous sommes attachés à montrer le problème thérapeutique que constitue actuellement la réaction lépreuse.

Essentiellement dans sa variété névritique hyperalgique où le traitement reste peu efficace sur les douleurs et au cours de laquelle on assistait impuissant à l'installation des paralysies ou à leur aggravation.

Alors que les manifestations cutanées ou générales de la réaction lépreuse sont dans la très grande majorité des cas jugulées par le traitement anti-inflammatoire (corticoïdes), celui-ci reste habituellement inefficace vis-à-vis des manifestations névritiques.

Ces dernières, lorsqu'elles sont localisées au membre supérieur, constituent l'indication majeure de la libération du nerf cubital, de sa transposition en avant et de l'ouverture de sa gaine.

Cette opération, bénigne, est facilement acceptée par les malades.

Son effet sur la douleur est spectaculaire.

Son effet sur les paralysies n'est pas négligeable. Il semble à peu près sûr, avec le recul actuel (Trois ans depuis les premières interventions, en particulier les observations N° Un et Deux), qu'il en arrête l'évolution.

Son effet psychologique est remarquable : les malades déjà opérés d'un bras réclament l'intervention pour l'autre bras ou pour la jambe (Nerf sciatique poplité externe au niveau du col du péroné).

Vu, le Président de Thèse :

Prof. L. LEGER

Vu, le Doyen de la Faculté :

Prof. G. CORDIER

Vu et Permis d'Imprimer

le Recteur de l'Académie de Paris :

J. ROCHE.

BIBLIOGRAPHIE

1. ABEERDEN (E.). -
Surgical aspects in the management of leprosy,
1955, 23.1.18.
2. BOURREL. -
Techniques de neurolyses des nerfs lépreux causal-
giques. (Compte-rendus trimestriels de l'Institut Mar-
choux 1960 vol. 1 n° 1, 32-34).
3. CABANAC (J.) et GUEGUEN (J.Y.). -
Deux observations de compression du nerf médian dans
le canal carpien au cours d'une ténosynovite. (Mém. de
l'Académie de Chirurgie, t.83, n° 25-26, 30 octobre
1957, p. 763.
4. CARAYON (A.) et HUET (R.). -
La lèpre nerveuse et ses complications. Point de vue
du Chirurgien à propos de 40 observations personnelles
Méd. Trop., 1957, 17, 495, 1541.
5. CHATEERJEE (S.N.). -
The mecanism of neural signs and symptoms of leprosy
(International Journal of Leprosy, 1955, 23, 1-8).
6. CHAUSSINAND (Roland). -
La lèpre. Expansion Scientifique Française 1955.
7. DEBEYRE (Jean). -
Atteinte du nerf cubital au cours des lésions rhumatis-
males du coude. Intérêt de la transposition antérieure
du nerf. Les Entretiens de Bichat, 1960, Chirurgie-
Spécialités.

8. GRAMBERG (K.P.C.A. - Indonésia).
Nerve decapsulations in leprosy patients.
(Inter. Jour. of Leprosy, 1955 vol. 23, n° 2, 115-123).
9. GUADAGNIGNI. -
Leprosy Review, 1955, 24, 147, 155.
10. HALOPEAU (H.). -
La lèpre. (Maladies exotiques, Traité de Médecine et de
Thérapeutique, de A. GILBERT et L. THOINOT).
11. KEMPF (Wurtzbourg).
Paralysie tardive du nerf cubital, 30 après une frac-
ture du coude. Zentralblatt für Chirurgie, t.65, n° 29,
16 juillet 1938, pp. 1608-1611.
12. KING (T.A., Melbourne, Australie). -
Le traitement des névrites traumatiques du nerf cubi-
tal. (Australian and New Zeland Journal of Surgery,
vol. 20, n° 1, 1er août 1950, pp. 33-42, avec 3 figures.
13. LANGUILLON (J.) et CARAYON (A.). -
Névrites tardives sans rechutes cutanées après rémis-
sion de 8 à 2 ans chez deux lépromateux. Compte-rendus
trimestriels de l'Institut Marchoux, Bamako, Rép. du
Mali, janvier-mars 1961, vol 11, n° 1.
14. LERICHE (R.). -
De la vie végétative des nerfs périphériques d'après
l'observation chirurgicale. La presse médicale, an
1949, n° 52, X.
15. LERICHE (René). -
La chirurgie de la douleur. Masson et Cie 1949.
16. LERICHE (René). -
Bases de la chirurgie physiologique. Masson et Cie
1955.
17. MINATO (J.). -
Clinical investigation of the peripheral nerve involve-
ment in the upper extremity of leprosy. 7eme Congrès
international de Léprologie, Tokyo, 12-19 novembre
1958.

18. MONTESTRUC (E.). -
Le 7eme Congrès International de Léprologie (Tokyo, 12-19 novembre 1958) dans Archives de l'Institut Pasteur de la Martinique, Tome XII, janvier 1959.
19. Travaux de la conférence de l'Organisation mondiale de la Santé sur la réhabilitation chirurgicale du lépreux. Schieffelin Leprosy research Institute, Vellore, India, 21-29 novembre 1960.
20. Organisation mondiale de la santé.
A guide to Leprosy Central. Who's Chronicle, vol.14, n° 1, janvier 1960.
21. RIORDAN (D.C.). -
The Hand in Leprosy. The Journal of Bone and Joint Surgery. June 1960. American Volume. Vol. 42. A.n°4
22. SAINT-CYR (Charles). -
Intérêt de la transposition antérieure du nerf cubital et de l'incision de sa gaine conjonctive dans la prévention et le traitement des névrites lépreuses.
In Rapport du 8eme Congrès des pays de langue française de l'Hémisphère américain. Fort-de-France 1962.

ooooOoooo

